

ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9:616.89-008.441.44

DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2026.4/28>**Іванова Т. В.**<https://orcid.org/0000-0002-9394-8858>

Сумський державний університет

Погребняк О. О.<https://orcid.org/0009-0009-5487-6570>

Сумський державний університет

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ СУЇЦИДАЛЬНОСТІ В ОСІБ ПІЗНЬОЇ ЮНОСТІ: РІЛЬ ДИСФОРІЇ, ПОЗИТИВНОГО МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА AWE-ПЕРЕЖИВАННЯ

У статті представлено емпіричне дослідження психологічних чинників суїцидальності в осіб пізньої юності, зокрема співвідношення дисфорії як чинника ризику та позитивного ментального здоров'я й переживання благоговіння (awe) як потенційних психологічних ресурсів. Актуальність роботи зумовлена зростанням психоемоційного навантаження на українську молодь в умовах війни, що підвищує ризик суїцидальних проявів та загострення негативних афективних станів.

Мета – визначити, які з досліджуваних феноменів виконують функцію чинників суїцидального ризику, а які – психологічних ресурсів, а також перевірити припущення про опосередкований, через позитивне ментальне здоров'я, зв'язок благоговіння із суїцидальністю. У дослідженні взяв участь 131 респондент віком 18–23 років. Застосовано Шкалу awe-почуття (AWE-S), методик визначення рівня дисфорії, Опитувальник суїцидальної поведінки Т. Вашеки та Шкалу позитивного ментального здоров'я. Статистичну обробку здійснено за допомогою пакета Statistica 13.3 із застосуванням кореляційного, дисперсійного (ANOVA) та множинного регресійного аналізу.

Установлено, що дисфоричні прояви, насамперед емоційне виснаження, тісно пов'язані із суїцидальністю та виступають її найвагомішими предикторами. Позитивне ментальне здоров'я виявило стійкі від'ємні зв'язки з усіма показниками ризику й постало ключовим захисним ресурсом. Натомість переживання благоговіння виявило додатні зв'язки з показниками ризику, а не з ресурсним полюсом, що відповідає феномену «загрозливого благоговіння» (threat-based awe) і відображає специфіку його переживання в умовах хронічного воєнного стресу. Зроблено припущення, що антисуїцидальна функція awe реалізується не прямо, а опосередковано – через підтримання позитивного ментального здоров'я. Результати можуть бути використані для розробки програм раннього виявлення суїцидального ризику та психопрофілактики серед молоді.

Ключові слова: суїцидальність, дисфорія, емоційне виснаження, позитивне ментальне здоров'я, благоговіння, пізня юність, чинники ризику.

Постановка проблеми. Сучасні умови життя української молоді – війна, нестабільна соціально-економічна ситуація та тривале психоемоційне напруження виступають факторами істотного зростання психічного навантаження. За таких

умов можуть загострюватись негативні емоційні переживання, що, у свою чергу, може стати фактором підвищеної суїцидальності. Це актуалізує потребу в глибшому вивченні психологічних чинників, які з нею пов'язані. Складність вивчення

феномену суїцидальності полягає в тому, що вона виступає як складний багатоаспектний феномен, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні чинники.

Суїцидальність можна розглядати як форму аутоагресивного реагування у відповідь на несприятливі чинники навколишнього середовища [5]. Серед основних її механізмів виокремлюють орієнтацію на зменшення психоемоційного болю [16] та дисфункційну активність неокортексту [6]. Прояви суїцидальної поведінки неоднорідні й варіюють від поодиноких суїцидальних думок до нав'язливих комплексів, що можуть спровокувати суїцидальні спроби [7; 16]. Серед чинників, які впливають на її розвиток, прийнято розрізняти ті, що провокують суїцидальність, і ті, що їй перешкоджають. До перших належать насамперед інтенсивні негативні емоційні стани, які посилюють психоемоційне напруження [15], до других – психологічні ресурси особистості, що виконують захисну, антисуїцидальну функцію [10].

Емоційні та психологічні чинники суїцидальності активно вивчаються в сучасній психології, однак деякі з них досі залишаються на периферії дослідницької уваги. Серед таких чинників – негативні афективні стани (наприклад, дисфорія), що можуть підвищувати суїцидальний ризик, а також окремі ресурсні емоційні стани (благоговіння), які цей ризик знижують. Попри окрему вивченість кожного з них, їхні взаємозв'язки із суїцидальністю в осіб пізньої юності досі не з'ясовано. Особливо маловивченим є питання їхнього спільного внеску у формування або запобігання суїцидальності, що й визначає актуальність цього дослідження – як у теоретичному вимірі, так і в практичному, для розробки програм психологічної профілактики та психокорекції.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. *Дисфорія.* Дисфорію розглядають як своєрідний емоційний стан, що вирізняється похмуротужливим настроєм, дратівливістю та незадоволенням [12]. При підвищеній інтенсивності дисфоричного переживання у суб'єкта може виникнути прагнення позбутися неприємного афективного стану, що може виражатися у просуїцидальному реагуванні. Саме тому дисфорію дедалі частіше розглядають як самостійний психопатологічний корелят суїцидального ризику [15; 21].

Механізми її виникнення залишаються дискусійними. Одні автори виводять дисфорію з когнітивної гіперфіксації особи на власних думках і переживаннях, що супроводжується

самозвинуваченням та когнітивними викривленнями суїцидального характеру [23]; вітчизняні дослідники пов'язують її з пролонгованим впливом аномальних соціальних явищ, зокрема, війни [3]. Найчастіші форми прояву дисфорії – емоційна нестабільність і лабільність [12], внутрішня напруга, підвищена чутливість до образи, тривожність [24]. Таким чином, сучасні дослідження розглядають дисфорію як багатофакторний афективний стан, формування якого визначається поєднанням індивідуально-психологічних, нейробіологічних та соціальних чинників.

Позитивне ментальне здоров'я. Позитивне ментальне здоров'я розглядають як важливий ресурс психологічної адаптації, який підтримує психологічну рівновагу в умовах стресу та виконує захисну функцію щодо розвитку психічних розладів і суїцидальності [18]. Його основу становлять емоційне, психологічне та соціальне благополуччя [17], тоді як позитивні емоції, сенс життя, резильєнтність і задоволення базових психологічних потреб розглядаються у якості його провідних механізмів. Позитивне ментальне здоров'я є самостійним виміром психічного функціонування, що може послаблювати зв'язок між чинниками ризику та суїцидальною поведінкою.

Аве-почуття – відносно новий для вітчизняної науки конструкт, який ще потребує подальшого теоретичного уточнення та операціоналізації. Це своєрідний афективний стан, при якому людина переживає відчуття гармонійного єднання зі світом. Аве-почуття описують як трансцендентне переживання, виражене у щирій зацікавленості до пізнання навколишньої реальності [9]. Це означає, що воно співвідноситься з природною потребою досліджувати нове, особливо в часи «стресової буденності», і має психотерапевтичний вплив [11]. Таким чином, при наявності суїцидальних тенденцій, можна розглядати awe-почуття як потенційний ресурс підтримки позитивного ментального здоров'я та антисуїцидальний фактор.

Формування awe-почуття відбувається під впливом когнітивних, психологічних та просоціальних чинників. Завдяки їм людина по-новому осмислює пережите, відчуває тісніший зв'язок з іншими й виходить за межі зосередженості на собі [22]. Попри відсутність єдиної інтегративної моделі awe-почуття, наразі відбувається накопичення даних про позитивний вплив благоговіння на психологічне благополуччя, що дозволяє припустити його опосередкований, через позитивне ментальне здоров'я, вплив на стан суїцидальності [27].

Отже, дисфорію можна вважати чинником, що підвищує ризик суїцидальності, тоді як позитивне ментальне здоров'я й переживання благоговіння радше захищають від неї. Але те, як ці феномени поєднуються між собою і яку роль відіграють разом у суїцидальності осіб пізньої юності, лишається нез'ясованим – на це й спрямоване наше дослідження.

Постановка завдання. Мета статті – емпірично дослідити взаємозв'язки між суїцидальністю, дисфорією, позитивним ментальним здоров'ям і переживанням благоговіння (awe) в осіб пізньої юності та визначити, які з цих феноменів виконують функцію чинників ризику, а які – психологічних ресурсів.

Відповідно до окресленої мети висунуто гіпотезу: особи пізньої юності з вираженою суїцидальністю характеризуються вищим рівнем дисфорії та нижчим рівнем переживання благоговіння й позитивного ментального здоров'я. Додатково перевіряється припущення, що awe пов'язане з нижчою суїцидальністю не прямо, а опосередковано – через підтримання позитивного ментального здоров'я.

Виклад основного матеріалу. У дослідженні взяли участь 131 особа віком від 18 до 23 років, серед яких 90 жінок (68,7 %) та 41 чоловік (31,3 %). Більшість респондентів навчалися у закладах вищої освіти (62,6 %) або поєднували навчання з роботою (34,4 %), що відповідає особливостям вибірки осіб пізньої юності. Дослідження проводилося у формі анонімного онлайн-опитування.

Для оцінювання досліджуваних конструктів використано чотири психодіагностичні методики: Шкала awe-почуття (AWE-S) [26]; Шкала дисфорії [2]; Опитувальник суїцидальної поведінки Т. Вашеки [1]; Шкалу позитивного ментального здоров'я в українській адаптації Л. М. Карамушки, О. В. Креденцер та К. В. Терещенко [4].

Додатково до анкети було включено соціально-демографічний блок, два питання, спрямовані

на оцінювання суб'єктивного психоемоційного стану й поширеності думок про смерть, а також окреме питання про наявність в оточенні респондента осіб, що померли внаслідок самогубства (додаткова шкала, ДШ), яке розглядалося як середовищний чинник суїцидального ризику.

Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою пакета Statistica 13.3 із застосуванням методів описової статистики, кореляційного аналізу, t-критерію Стюдента, критерію χ^2 , однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) та множинного регресійного аналізу. Вибір параметричних або непараметричних критеріїв визначався характером розподілу досліджуваних змінних.

В Таблиці 1 представлені розподілення відповідей респондентів щодо їх психоемоційного стану та просуїцидальних думок.

Переживання спустошення виявилось поширеним: майже три чверті опитаних відчували його повністю (38,17 %) або частково (33,59 %). Такий результат можна пояснити дією тривалого воєнного стресу, колективної травми, емоційного виснаження тощо. Думка про те, що «смерть є повсюдно», виявилася поширеною серед опитаних: лише 11,45 % не помічали її ніколи, тоді як решта стикалися з нею з різною частотою – від «зрідка» до «завжди». Найчастіше респонденти обирали варіант «часто» (24,43 %), а проміжні градації («іноді» – 23,66 %, «зрідка» – 22,90 %) траплялися майже з однаковою частотою.

Перш ніж переходити до аналізу взаємозв'язків, ми оцінили характер розподілу даних за кожною методикою. Більшість показників відповідала умові нормального розподілу; виражене відхилення виявлено лише за шкалою суїцидальності, де спостерігалася значна правостороння асиметрія (скіс = 1,282; $M > M_e > M_o$) із групуванням більшості значень у зоні низьких балів та поодинокими викидами. З огляду на це для шкали суїцидальності застосовано непараметричні методи, а для решти методик – параметричні.

Таблиця 1

Розподіл відповідей респондентів на питання щодо психоемоційного стану та просуїцидальних думок

Питання	Варіант відповіді	К-сть	%
«Протягом останнього тижня (місяця) чи відчували ви спустошення?»	Так	50	38,17
	Частково	44	33,59
	Ні	37	28,24
«Як часто ви помічаєте в себе таку думку, що смерть є повсюдно?»	Завжди	23	17,56
	Часто	32	24,43
	Іноді	31	23,66
	Зрідка	30	22,90
	Ніколи	15	11,45

Описова статистика дала такі середні значення ($M \pm SD$): переживання благоговіння – $3,635 \pm 1,159$, дисфорія – $44,031 \pm 11,541$, позитивне ментальне здоров'я – $25,992 \pm 5,481$. Сумарний показник суїцидальної поведінки відповідав середньому рівню ($29,771 \pm 13,111$), тоді як за вузькою шкалою суїцидальності переважав низький рівень ($8,015 \pm 8,700$; $M_o = 0$).

Порівняння чоловічої та жіночої підгруп (за t -критерієм Стюдента й d -критерієм Коена, а для методики суїцидальної поведінки – за критерієм χ^2) не виявило статистично значущих відмінностей за жодною з методик, окрім шкали позитивного ментального здоров'я, за якою відмінності між статтями були значущими ($p \leq 0,01$; $d = -0,52$). Це дозволяє розглядати подальші взаємозв'язки без поділу вибірки за статтю.

Кореляційний аналіз здійснено за ранговою кореляцією Спірмена. Ключовим результатом стали від'ємні зв'язки позитивного ментального здоров'я (ШПМЗ) з усіма показниками ризику (табл. 2).

Таблиця 2

Кореляційні зв'язки Шкали позитивного ментального здоров'я (ШПМЗ) з показниками суїцидальності та дисфорії

Показник	r зі ШПМЗ
Сума за методикою суїцидальної поведінки (СМСП)	-0,663
Емоційне виснаження (ЕВ)	-0,643
Ставлення до життя і до смерті (ШСЖС)	-0,614
Шкала суїцидальності (ШС)	-0,571
Загальний бал дисфорії (ЗБД)	-0,588
Емоційна дисрегуляція (ЕД)	-0,447
Додаткова шкала (ДШ)	-0,270
Благоговіння (АВЕ)	-0,262

Примітки: усі зв'язки від'ємні; жирним позначено найсильніші ($|r| \geq 0,57$). ЕВ – субшкала «Емоційне виснаження»; ЕД – субшкала «Емоційна дисрегуляція»; ЗБД – загальний бал за методикою виявлення дисфорії; ШС – шкала суїцидальності; ШСЖС – шкала ставлення до життя і до смерті; ДШ – додаткова шкала (наявність в оточенні осіб із суїцидальною поведінкою); СМСП – сума за методикою суїцидальної поведінки; АВЕ – переживання благоговіння.

Таблиця 2 відображає виразну закономірність: позитивне ментальне здоров'я від'ємно пов'язане з усіма без винятку показниками суїцидальності та дисфорії. Іншими словами, чим краще людина почувається психологічно, тим менше в неї проявів суїцидальної поведінки й дисфорійних переживань. Найтісніші зв'язки – із сумарним показником суїцидальної поведінки ($r = -0,663$), емоційним виснаженням ($r = -0,643$) та ставленням до життя

і до смерті ($r = -0,614$); дещо слабші, але теж помітні – зі шкалою суїцидальності ($r = -0,571$) та загальним рівнем дисфорії ($r = -0,588$). Навіть найслабші зв'язки – з емоційною дисрегуляцією ($r = -0,447$), додатковою шкалою ($r = -0,270$) та переживанням благоговіння ($r = -0,262$) – зберігають той самий від'ємний напрям. Така цілісна картина дозволяє розглядати позитивне ментальне здоров'я як провідний захисний ресурс особистості.

Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) підтвердив статистично значущий вплив частоти появи суїцидальних думок на рівень суїцидальної поведінки: $F(4, 126) = 9,760$; $p < 0,001$. Фактичне значення F -критерію істотно перевищує критичне (2,444), що засвідчує не випадковість міжгрупових відмінностей.

Щоб перевірити припущення про те, що суїцидальність визначається поєднанням чинників ризику (насамперед дисфорії) та дефіциту психологічних ресурсів (позитивного ментального здоров'я та переживання благоговіння), було побудовано дві множинні регресійні моделі.

Перша – модель суїцидальності – виявилася статистично значущою ($F(11, 119) = 14,235$; $p < 0,001$) і пояснює 57 % дисперсії ($R^2 = 0,57$). Найвагомим позитивним предиктором стало емоційне виснаження ($\beta = 0,233$; $p = 0,007$): його зростання на одиницю підвищує суїцидальність на 0,233 одиниці за незмінних інших предикторів. Значущим виявився також показник наявності в оточенні осіб, що померли внаслідок самогубства ($\beta = 0,089$; $p < 0,001$), тоді як позитивне ментальне здоров'я робить від'ємний внесок ($\beta = -0,100$).

Друга – модель ставлення до життя і до смерті – також виявилася значущою ($F(11, 119) = 11,564$; $p < 0,001$), вона пояснює 52 % дисперсії ($R^2 = 0,52$). Тут найсильнішим негативним предиктором є позитивне ментальне здоров'я ($\beta = -0,393$; $p < 0,001$), а найсильнішим позитивним – емоційне виснаження ($\beta = 0,391$; $p = 0,011$).

Отже, гіпотеза підтвердилася частково. Емоційне виснаження як складник дисфорії справді постало провідним чинником ризику, а позитивне ментальне здоров'я – ключовим захисним ресурсом, як і передбачалося. Натомість переживання благоговіння не виявило очікуваного захисного внеску в жодній із моделей, тож припущення про його пряму антисуїцидальну роль не підтвердилося.

Отримані результати дозволяють уточнити роль кожного з досліджуваних феноменів у структурі суїцидальності осіб пізньої юності. За

результатами кореляційного та регресійного аналізів окреслилися два полюси: емоційне виснаження як провідний чинник суїцидального ризику та позитивне ментальне здоров'я як ключовий захисний ресурс, тоді як переживання благоговіння (awe) не виявило очікуваної захисної ролі.

Провідна роль емоційного виснаження як предиктора суїцидальності узгоджується з результатами сучасних досліджень. Вивчення представників професій із високим рівнем стресу показало, що емоційне виснаження було значущим чинником підвищення суїцидального ризику та одним із ключових предикторів суїцидальної ідеації [13; 25]. В цих роботах виснаження вивчають у межах професійного вигорання, тоді як у нашому дослідженні воно постає як компонент дисфорії поза суто трудовим контекстом. Це дозволяє розглядати емоційне виснаження не як похідне від вигорання чи депресії, а як самостійний компонент дисфоричного спектру, що має прогностичну цінність для оцінки суїцидального ризику.

Благоговіння (AWE) виявляє переважно слабкі додатні зв'язки з показниками ризику. Найсильніший із них – з емоційним виснаженням ($r = 0,400$); слабші, але значущі зв'язки спостерігаються також зі шкалою суїцидальності ($r = 0,331$), сумарним показником суїцидальної поведінки ($r = 0,303$) та загальним рівнем дисфорії ($r = 0,286$). Натомість із позитивним ментальним здоров'ям благоговіння майже не пов'язане ($r = -0,262$; незначущий). Таким чином, awe тяжіє радше до «ризикового» полюса, ніж до ресурсного, що потребує окремого пояснення.

Це суперечить даним, за якими awe знижує стрес і підвищує благополуччя [8; 19]. Можливе пояснення дає концепція «загрозливого благоговіння» (threat-based awe): awe не є однорідно позитивною емоцією, і у відповідь на величні, але загрозливі стимули виникає його змішаний варіант, що супроводжується страхом, відчуттям безсилля та симпатичною активацією і, на відміну від позитивного awe, не дає приросту благополуччя [14]. В умовах війни переживання благоговіння в осіб пізньої юності, ймовірно, набуває саме такого загрозливого характеру, через що зчеплюється з емоційним виснаженням, а не з ресурсними станами.

Такий результат не спростовує ресурсного потенціалу awe, а уточнює умови його реалізації. У мирному контексті позитивне awe послідовно виявляє буферний вплив на стрес і самопочуття [8], а awe-інтервенції зменшують симптоми депресії й підвищують благополуччя навіть за

хронічних захворювань [20]. Це дозволяє припустити, що антисуїцидальна функція awe реалізується не прямо, а опосередковано – через підтримання позитивного ментального здоров'я, і залежить від валентності переживання. Перевірка цього медіаційного припущення є перспективним напрямом подальших досліджень.

Цей опосередкований механізм узгоджується з результатами щодо позитивного ментального здоров'я, яке виявило від'ємні зв'язки з усіма показниками ризику й стало найсильнішим негативним предиктором у другій регресійній моделі. Отримані дані підтверджують уявлення про позитивне ментальне здоров'я як протективний фактор щодо психічних розладів і суїцидальності [18] та узгоджуються з даними про захисну роль загального благополуччя в дослідженнях суїцидальної ідеації [25]. Отже, позитивне ментальне здоров'я доцільно розглядати не як просту відсутність психопатології, а як самостійний ресурс, що послаблює зв'язок між чинниками ризику та суїцидальною поведінкою.

Додаткового пояснення потребують два другорядні результати. По-перше, статеві відмінності виявлено лише за шкалою позитивного ментального здоров'я, тоді як за суїцидальністю, дисфорією та awe вони відсутні; це може свідчити про те, що в умовах спільного воєнного стресового тла гендерна специфіка нівелюється, зберігаючись переважно у сфері суб'єктивного благополуччя. По-друге, слабкий від'ємний зв'язок між переживанням спустошення та думкою про повсюдність смерті ($r = -0,347$) можна обережно інтерпретувати як прояв нормалізації теми смерті у воєнному контексті, коли її висока суб'єктивна присутність супроводжується радше притупленням, ніж загостренням гострого емоційного спустошення. Це припущення потребує окремої емпіричної перевірки.

Отримані результати слід інтерпретувати з урахуванням обмежень дослідження. Вибірка є відносно невеликою ($N = 131$) і незбалансованою за статтю, а її формування здійснювалося не випадково, що обмежує узагальнення висновків. Дані ґрунтуються на самозвітах, а кореляційний дизайн не дозволяє робити причинно-наслідкові висновки. Крім того, поперечний дизайн дослідження не дозволяє оцінити часову динаміку взаємозв'язків між досліджуваними змінними. Окремим обмеженням є відсутність розрізнення позитивного та загрозливого варіантів awe використаною методикою, що й могло зумовити неоднозначність відповідних результатів.

Висновки. Проведене дослідження дозволило уточнити роль дисфорії, позитивного ментального здоров'я та переживання благоговіння (awe) у структурі суїцидальності осіб пізньої юності. Встановлено, що дисфорійні прояви, насамперед емоційне виснаження, тісно пов'язані із суїцидальністю та виступають її найвагомішими предикторами, що підтверджує доцільність розгляду дисфорії як самостійного психологічного чинника суїцидального ризику. Натомість позитивне ментальне здоров'я виявило стійкі від'ємні зв'язки з показниками суїцидальності й дисфорії та в регресійному аналізі постало ключовим захисним ресурсом. Це означає, що його слід розглядати не лише як показник психологічного благополуччя, а й як важливий напрям психопрофілактики суїцидальної поведінки.

Гіпотеза щодо безпосередньої захисної ролі переживання благоговіння не отримала повного підтвердження. На відміну від очікувань, awe виявило додатні зв'язки з показниками ризику – найсильніший з емоційним виснаженням – а не з ресурсним полюсом, що може

відображати специфіку переживання благоговіння в умовах хронічного воєнного стресу й відповідати феномену «загрозливого благоговіння» (threat-based awe). Попри це, отримані результати не виключають ресурсного потенціалу awe: ймовірно, його антисуїцидальна функція реалізується не прямо, а опосередковано – через підтримання позитивного ментального здоров'я, і залежить від валентності переживання. Перевірка цієї моделі потребує подальших досліджень із використанням медіаційного аналізу та методик, здатних розрізняти позитивний і загрозливий варіанти благоговіння.

Практичне значення дослідження полягає в обґрунтуванні доцільності включення оцінювання дисфорії та позитивного ментального здоров'я до програм раннього виявлення суїцидального ризику серед молоді. Перспективним напрямом психопрофілактики є також розробка психологічних інтервенцій, спрямованих на підтримання позитивного ментального здоров'я та на вивчення умов, за яких переживання благоговіння набуває ресурсного, а не загрозливого характеру.

Список літератури:

1. Вашека Т. В. *Психологічні чинники суїцидальних ідецій та профілактика самогубств у підлітковому віці* : дис.... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2005. URL: <https://uacademic.info/download/file/0406U004566> (дата звернення: 27.06.2026).
2. Іванова Т. В. Розробка та валідація шкали дисфорії. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2024. Вип. 21. С. 97–106. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2024.21.13>
3. Іванова Т. В. Соціальні детермінанти дисфорії в умовах воєнного стану. *Міждисциплінарний дискурс у дослідженні феномену соціального* : зб. матеріалів VI Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Київ, 27 берез. 2025 р.). Київ : КНЕУ, 2025. С. 154–157.
4. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В., Лагодзінська В. І., Івкін В. М., Ковальчук О. С. *Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організації: психологічний практикум* / за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2023.
5. Реуцький М. В. Суїцидальна поведінка: історія вивчення питання, психоедукація та психопрофілактика, виклики та феномени сучасності. *Адаптація: психолого-медичні проблеми* / за ред. Л. М. Пріснякової. Дніпро : ДГУ, 2022. С. 120–137.
6. Ткач Б. Нейропсихологічні механізми суїцидальної поведінки. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 32. С. 489–501. DOI: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2016-32>
7. Хрущ О. В. Теоретичні засади вивчення факторів ризику формування суїцидальних тенденцій у поведінці студентської молоді. *Science and innovation of modern world : proceedings of the 1st International scientific and practical conference*. London : Cognum Publishing House, 2022. P. 307–315.
8. Bai Y., Ocampo J., Jin G., Chen S., Benet-Martínez V., Monroy M., Anderson C. L., Keltner D. Awe, daily stress, and elevated life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2021. Vol. 120, № 4. P. 837–860. DOI: <https://doi.org/10.1037/pspa0000267>
9. Butcher H. K. Cultivating awe: a means to inspire sciencing. *Nursing Science Quarterly*. 2023. Vol. 36, № 4. P. 325–332. DOI: <https://doi.org/10.1177/08943184231187852>
10. Cecchin H. F. G., da Costa H. E. R., Pacheco G. R., de Valencia G. B., Murta S. G. A mixed methods study of suicide protective factors in college students. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2024. Vol. 37. Art. 37. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41155-024-00315-0>
11. Chirico A., Gaggioli A. The potential role of awe for depression: reassembling the puzzle. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. Art. 617715. P. 1–9. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.617715>
12. Doerr-Zegers O., Cetran H. P. The phenomenology of dysphoric mood: exploring the lived experience. *European Psychiatry*. 2025. Vol. 68, № 1. P. 52. DOI: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.180>

13. Edwards D. L., Wilkerson N. D. Emotional exhaustion and its relationship with suicide risk in emergency responders. *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 293. Art. 113379. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113379>
14. Gordon A. M., Stellar J. E., Anderson C. L., McNeil G. D., Loew D., Keltner D. The dark side of the sublime: distinguishing a threat-based variant of awe. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2017. Vol. 113, № 2. P. 310–328. DOI: <https://doi.org/10.1037/pspp0000120>
15. Grenzi P., Menculini G., Bachetti M. C., Lanza L., Balducci P. M., Moretti P. Dysphoria spectrum in the evaluation of suicide risk: an overview and exploratory study. *Psychiatria Danubina*. 2022. Vol. 34, Suppl. 8. P. 112–117. PMID: 36170713.
16. Huang T., Tan R., Gao H., Tian X., Wang K., Yang Y., Liao Z. How rumination affects suicidal ideation: a moderated mediation model. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. Art. 245. P. 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06682-x>
17. Keyes C. L. M. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002. Vol. 43, № 2. P. 207–222. DOI: <https://doi.org/10.2307/3090197>
18. Margraf J., Teismann T., Brailovskaia J. Predictive power of positive mental health: a scoping review. *Journal of Happiness Studies*. 2024. Vol. 25. Art. 81. P. 1–41. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10902-024-00788-x>
19. Monroy M., Uğurlu Ö., Zerwas F., Corona R., Keltner D., Eagle J., Amster M. The influences of daily experiences of awe on stress, somatic health, and well-being: a longitudinal study during COVID-19. *Scientific Reports*. 2023. Vol. 13. Art. 9336. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-35200-w>
20. Monroy M., Amster M., Eagle J., Zerwas F. K., Keltner D., López J. E. Awe reduces depressive symptoms and improves well-being in a randomized-controlled clinical trial. *Scientific Reports*. 2025. Vol. 15. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-96555-w>
21. Moretti P., Bachetti M. C., Sciarra T., Tortorella A. Dysphoria as a psychiatric syndrome: a preliminary study for a new transnosographic dimensional approach. *Psychiatria Danubina*. 2018. Vol. 30, Suppl. 7. P. 582–587. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/382321> (дата звернення: 27.06.2026).
22. Perlin J. D., Li L. Why does awe have prosocial effects? New perspectives on awe and the small self. *Perspectives on Psychological Science*. 2020. Vol. 15, № 2. P. 291–308. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691619886006>
23. Rochat L., Billieux J., Van der Linden M. Difficulties in disengaging attentional resources from self-generated thoughts moderate the link between dysphoria and maladaptive self-referential thinking. *Cognition & Emotion*. 2012. Vol. 26, № 4. P. 748–757. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.613917>
24. Stanghellini G. Dysphoria as trans-diagnostic mood symptom and as lived experience. Lessons from prose, poetry and philosophy. *Journal of Affective Disorders*. 2024. Vol. 354. P. 673–678. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.091>
25. Wang M., Yan Y., Yang W., He R., Zhao L., Dou Y., Tao Y., Yang X., Xiang Q., Ma X. Causal mapping of psychological and occupational risk factors for suicidal ideation in psychiatric nurses using Bayesian networks: a multicenter cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2025. Vol. 20, № 9. Art. e0333018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0333018>
26. Yaden D. B., Kaufman S. B., Hyde E., Chirico A., Gaggioli A., Zhang J. W., Keltner D. The development of the Awe Experience Scale (AWE-S): a multifactorial measure for a complex emotion. *The Journal of Positive Psychology*. 2019. Vol. 14, № 4. P. 474–488. DOI: <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1484940>
27. Zhao X., Tong W., Chen T., Wu D., Zhang L., Chen Z., Fang X., Gong Q., Tang X. The psychological model and cognitive neural mechanism of awe. *Advances in Psychological Science*. 2021. Vol. 29, № 3. P. 520–530. DOI: <https://doi.org/10.3724/SP.J.1042.2021.00520>

Ivanova T. V., Pohrebniak O. O. PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDALITY IN LATE YOUTH: THE ROLE OF DYSPHORIA, POSITIVE MENTAL HEALTH, AND AWE EXPERIENCES

The article presents an empirical study of the psychological factors of suicidality in individuals of late youth, focusing on the relationship between dysphoria as a risk factor and positive mental health and the experience of awe as potential psychological resources. The relevance of the study stems from the growing psychoemotional burden on Ukrainian youth under wartime conditions, which increases the risk of suicidal manifestations and the intensification of negative affective states.

The aim is to determine which of the studied phenomena function as factors of suicidal risk and which act as psychological resources, as well as to test the assumption of an indirect link between awe and suicidality mediated by positive mental health. The study involved 131 respondents aged 18–23. The Awe Experience Scale (AWE-S), a dysphoria assessment scale, the Vasheka Suicidal Behaviour Questionnaire, and the Positive Mental Health Scale were applied. Statistical processing was carried out using Statistica 13.3 with correlation, analysis of variance (ANOVA), and multiple regression analysis.

It was found that dysphoric manifestations, primarily emotional exhaustion, are closely associated with suicidality and act as its most significant predictors. Positive mental health showed stable negative correlations with all risk indicators and emerged as a key protective resource. In contrast, the experience of awe showed positive associations with risk indicators rather than with the resource pole, which corresponds to the phenomenon of threat-based awe and reflects the specifics of its experience under conditions of chronic war-related stress. It is suggested that the anti-suicidal function of awe is realised not directly but indirectly – through the maintenance of positive mental health. The results may be used to develop programmes for the early identification of suicidal risk and for psychoprophylaxis among youth.

Keywords: suicidality, dysphoria, emotional exhaustion, positive mental health, awe, late youth, risk factors.

Дата першого надходження статті до видання: 30.06.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 21.07.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 07.09.2026